

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1952

THÈSE

1088

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André SALLARD

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 7 septembre 1923, à Viroflay (Seine-et-Oise)

Présentée et soutenue publiquement le 19

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU TRAITEMENT DES ADENITES TUBERCULEUSES
PAR L'HUILE DE CHAULMOOGRA

Président : M. MONOD, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1952

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1952

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

André SALLARD

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 7 septembre 1923, à Viroflay (Seine-et-Oise)

Présentée et soutenue publiquement le 19

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DU TRAITEMENT DES ADENITES TUBERCULEUSES
PAR L'HUILE DE CHAULMOOGRA

Président : M. MONOD, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1952



DOYEN HONORAIRE :

M. Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillaïn, Hartmann, Harvier, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mulon, Ombrédanne, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon.

DOYEN Léon BINET

Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	OLIVIER (E.)
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN (R.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	POLONOVSKI (M.)
Cliniques chirurgicales	BROCQ (P.)
Hôtel-Dieu	CADENAT (F.)
Saint-Antoine	MONDOR (H.)
Salpêtrière	QUENU (J.)
Cochin	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	DONZELOT (E.)
Clinique de cardiologie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	MONOD (R.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	BERNARD (E.)
Clinique de la tuberculose	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de neuro-chirurgie	LELONG (M.)
Clinique de puériculture	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du sang	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies du système nerveux	DEBRE (R.)
Clinique des maladies des enfants	MOLLARET (F.)
Clinique des maladies infectieuses	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	FUNCK-BRENTANO
Clinique gynécologique	BENARD (H.)
Cliniques médicales	LAROCHE (G.)
Hôtel-Dieu	MOREAU (R.)
Bichat	LIAN (C.)
Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Pitié	PASTEURVALLERY-RADOT (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	LANTUEJOUL (P.)
Clinique médicale propédeutique	LEVY-SOLAL (E.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
Tarnier	VELTER (E.)
Baudelocque	AUBIN (A.)
Port-Royal	
Clinique ophtalmologique	RICHET (C.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	HEUYER (C.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (<i>chaire à titre personnel</i>)	COSTE (F.)
Clinique psychiatrique infantile	DECHAUME (M.)
Clinique rhumatologique	SENEQUE (J.)
Clinique stomatologique	CHABROL (E.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	FEY (B.)
Clinique thérapeutique médicale	GIROUD (A.)
Clinique urologique	MOUQUIN (M.)
Embryologie	CHAMPY (C.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAMY (M.)
Histologie	CATHALA (J.)
Génétique	JOANNON (C.)
Hygiène et clinique de la première enfance	DESOILLE (H.)
Hygiène et médecine préventive	
Médecine du Travail	

Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GAILLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE (A.)
Pathologie médicale	BARIETY (M.)
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES (L.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie . . .	CORDIER (J.-C.)	Pathologie chirurgicale . .	HUGUIER (J.)
	Pr. s. ch.		LAURENCE (G.)
	DEBEYRE (J.)		LEGER (L.)
Anatomie pathologique	DELMAS (A.)		OLIVIER (Cl.)
	Mlle GAUTHIER-		PADOVANI (P.)
	VILLARS (P.)		POILLEUX (M.)
Bactériologie . .	Pr. s. ch.	Pathologie expérimentale .	ROUX (M.)
	BUSSER (F.)		RUDLER (J.-C.)
	FASQUELLE (R.)		VERNE (J.-M.)
Biologie médicale	NEVOT (A.)		
	BOURLIERE (F.)		
	ETTORI (J.)		
Chimie médicale.	Pr. s. ch.		
	JAYLE (M.-F.)		
	Pr. s. ch.		
Dermato- syphiligraphie .	SCHAPIRA (G.)	Pathologie médicale . . .	MERKLEN (P.)
	DEGOS (R.)		BERNARD (J.)
	BULLIARD (H.)		BOUDIN (G.)
Histologie . . .	Pr. s. ch.		CASTAIGNE (P.)
	COIJARD (R.)		CONTE (M.)
	DESCLAUX (P.)		DECOURT (J.)
Hydrologie . . .	DEBRAY (C.)		DOMART (A.)
	BOYER (J.)		DREYFUS (G.)
	DEPARIS (M.)		FAUVERT (R.)
Médecine légale .	DEROBERT (L.)		HAMBURGER (J.)
	GAULTIER (J.)		KOURILSKY (R.)
	N...		MAURIC (G.)
Neurochirurgie .	SEZE (S. DE)	Pédiatrie	MILLIEZ (P.)
	GRASSET (J.)		PERRAULT (M.)
	LEPAGE (F.)		RAMBERT (P.)
Obstétrique . . .	MAYER (M.)	Pharmacologie .	THIEFFRY (St.)
	MERGER (R.)		TURIAF (J.)
	RAVINA (J.)		
Ophtalmologie . .	VARANGOT (J.)		
	OFFRET (G.)		
	DESVIGNES (P.)		
Oto-rhino- laryngologie . .	HALPHEN (E.)	Physiologie . . .	
	Pr. s. ch.		
	MADURO (R.)		
Parasitologie . .	BRUMPT (L.)	Physique médicale . . .	
	CHABAUD		
	CHABAUD		
Pathologie chirurgicale . .	ABOULKER (P.)	Psychiatrie . . .	
	BAUMANN (J.)		
	GOSSET (J.)		
		Psychiatrie infantile . . .	
		Stomatologie . .	
		Thérapeutique .	
		Urologie	

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BRINDEAU (A.) (*Obstétrique*), GATELLIER (J.) (*Clinique chirurgicale*),
LE LORIER (V.) (*Obstétrique*), VAUDESCAL (R.) (*Obstétrique*)

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
Clinique chirurgicale ..	{	Clinique	{
	AMELINE (A.)	médicale	MARCHAL (G.)
	MENEGAUX (G.)		SOULIE (E.)
	PATEL (J.)	Clinique	{
	SICARD (A.)	obstétricale ..	DIGONNET (L.)
			ECALLE (G.)
			LACOMME (M.)
Clinique médicale	{	Clinique	
	BOULIN (R.)	ophtalmologique	RENARD (G.)
	BROUET (G.)	Clinique O.R.L.	
	CACHERA (R.)	Clinique	
	GARCIN (J.)	urologique ...	COUVELAIRE (R.)
	HAGUENAU (M.)		
	LENEGRE (J.)		

MM.
Secrétaire de la Faculté . . . MOREL (J.)
Secrétaire-adjoint Mlle CHAINTREUIL (G.)

Bibliothécaire en Chef Docteur HAHN (A.)
Bibliothécaires Milles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.),
LAURENT (H.), LE NOIR (G.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

*Mon premier maître et mon
meilleur exemple.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBERT MONOD

Professeur de Chirurgie Pleuro-Pulmonaire
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Chirurgie
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire le
grand honneur de présider cette
thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGES :

- 1945 MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN SALLARD.
 Médecin-Directeur de l'Hôpital d'Agadir.
- 1946 MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER.
 Médecin de l'Hôpital Cochin.
- 1946-1947 MONSIEUR LE DOCTEUR BASSET.
 Chirurgien de l'Hôpital Broussais.
- 1947 MONSIEUR LE PROFESSEUR DONZELOT.
 Médecin de l'Hôpital Broussais.
- 1947-1948 MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBRE.
 Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades.

EXTERNAT :

- 1948-1949 MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBERT MONOD.
 Chirurgien de l'Hôpital Laënnec.
- 1949-1950 MONSIEUR LE DOCTEUR GOUVERNEUR.
 Chirurgien de l'Hôpital Necker.
- 1950 MONSIEUR LE PROFESSEUR FEVRE.
 Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades.
- 1950-1951 MONSIEUR LE PROFESSEUR DEGOS.
 Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.
- 1951 MONSIEUR LE PROFESSEUR D'ALLAINES.
 Chirurgien de l'Hôpital Broussais.
- 1951-1952 MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEPAGE.
 Gynécologue-Accoucheur de l'Hôpital Saint-
 Vincent de Paul.

Par sa fréquence, l'adénite tuberculeuse est la plus importante de toutes les adénites à évolution chronique. Elle est d'ailleurs une des formes de la tuberculose, la plus anciennement connue.

On peut la rencontrer dans deux circonstances très différentes : elle peut apparaître chez un malade déjà porteur d'une lésion tuberculeuse évidente, viscérale ou ostéo-articulaire; elle peut aussi s'observer chez un malade en apparence exempt de toute tuberculose.

On peut observer la tuberculose ganglionnaire à tout âge, cependant cette lésion est surtout fréquente chez les enfants et les adolescents, adoptant alors assez souvent un mode évolutif atténué, répondant à l'ancienne scrofule, que l'on voulut longtemps distinguer de la tuberculose ganglionnaire vraie.

On a évoqué de tout temps dans l'étiologie de la tuberculose ganglionnaire toutes les causes d'affaiblissement de l'individu : mauvaise hygiène, maladies infectieuses de l'enfance, sous-alimentation surtout. Dans la région du Sous où notre étude a porté, nous avons malheureusement presque toujours retrouvé ces causes prédisposantes.

Mais, pour produire la lésion, il faut le bacille de Koch : d'où vient-il ? Cela varie suivant les cas; dans nombre d'adénites tuberculeuses symptomatiques, il est facile de trouver la porte d'entrée : une lésion tuberculeuse cutanée ou muqueuse, osseuse ou articulaire, est le foyer d'où sont partis les bacilles pour ensemençer les ganglions. Mais dans une autre catégorie de faits, la porte d'entrée du bacille est beaucoup moins évidente, il faut alors se souvenir que le bacille de Koch peut traverser une muqueuse sans laisser de traces, et

envahir directement le système lymphatique. On comprendra donc que le bacille de Koch, si fréquemment rencontré dans les fosses nasales et la cavité bucco-pharyngée d'individus en apparence parfaitement bien portants, puisse envahir par exemple les ganglions de la région cervicale. L'atteinte des chaînes ganglionnaires cervicales est d'ailleurs une des localisations les plus fréquentes de la tuberculose ganglionnaire, dont elle représente, si l'on excepte les sièges médiastinaux ou mésentériques, plus de neuf dixième des cas.

Il faut aussi retenir les relations des adénites tuberculeuses cervicales et axillaires avec la tuberculose pulmonaire, et qui s'expliquent par les relations lymphatiques entre la plèvre et ces ganglions.

Enfin, dans un certain nombre d'autres faits, les ganglions paraissent avoir été envahis par voie sanguine, comme les recherches expérimentales le démontrent fréquemment chez le cobaye.

Le fait que le système lymphatique représente la voie de pénétration la plus fréquente du bacille de Koch dans l'organisme, et que la réaction ganglionnaire soit le témoignage clinique le plus habituel de la primo-infection tuberculeuse, démontre le rôle de premier plan dans la défense de l'organisme, du système réticulo-endothélial. Ceci explique une part de l'intérêt du traitement des adénites tuberculeuses par l'huile de Chaulmoogra puisque, nous le reverrons, plusieurs auteurs ont pu constater expérimentalement la manifestation d'une excitation du système réticulo-endothélial, sous l'influence de la médication.

Histologiquement, l'aspect des lésions tuberculeuses dans le ganglion est très variable. Il peut s'agir :

1° D'une forme hypertrophique pure, dans laquelle le ganglion est uniformément augmenté de volume, sans granulations tuberculeuses, et seule l'inoculation au cobaye révèle la nature tuberculeuse de la lésion.

La positivité de cette inoculation ne permet pas cependant d'affirmer la nature tuberculeuse de cette hypertrophie ganglionnaire, car elle peut aussi se manifester pour d'autres lésions ganglionnaires bien définies, telles qu'une lymphogranulomatose maligne. Les bacilles ainsi décelés ne seraient pas la cause de la lésion, mais seraient simplement bloqués par les ganglions.

Et si nous avons rencontré une telle forme de localisation cervicale, qui a rapidement réagi à l'huile de Chaulmoogra-vitaminée A, c'est cette sensibilité au traitement, plutôt qu'une inoculation au cobaye positive, qui pourrait presque nous permettre de considérer ce cas comme une adénite tuberculeuse.

2° Une seconde forme peut être appelée hypertrophique avec granulations tuberculeuses : le ganglion est augmenté de volume; à la coupe, on trouve disséminées dans le parenchyme des granulations tuberculeuses, visibles sous forme de points blanchâtres; et l'examen histologique montre dans ces granulations des follicules tuberculeux.

3° Enfin, la troisième forme est la tuberculose ganglionnaire avec caséification : à la coupe, on voit tantôt des granulations dont le centre est ponctué d'un point jaunâtre, tantôt tout l'organe est transformé en un bloc de substance jaunâtre; la caséification est alors à peu près totale.

A cette caséification solide peut succéder un ramollissement puriforme, le ganglion se transformant alors en une coque de tissu fibreux contenant en son centre un liquide d'aspect purulent, verdâtre, véritable abcès froid ganglionnaire.

CLINIQUEMENT.

1° *C'est l'adénite tuberculeuse, avec tendance au ramollissement*, qui représente la forme la plus banale de la tuberculose ganglionnaire.

Le plus souvent, l'adénopathie intéresse tout un groupe ganglionnaire; assez exceptionnellement, elle reste localisée à un seul ganglion. Dans ce cas, il faut toujours soupçonner le rôle d'une cause infectieuse banale (angine, infection dentaire, fièvre éruptive...) ayant joué le rôle de point d'appel. Schématiquement, ces adénopathies évoluent en deux phases. La première, relevant essentiellement du traitement médical, la seconde étant habituellement considérée comme chirurgicale, mais cependant réagissant souvent très bien au traitement médical, par l'huile de Chaulmoogra.

La région cervicale est la région d'élection de l'adénite tuberculeuse : tantôt un seul groupe, sous-maxillaire, carotidien, ou sus-claviculaire, est frappé, tantôt toutes les chaînes d'un seul côté, et quelquefois des deux côtés du cou, se prennent successivement. L'atteinte débute habituellement en haut pour s'étendre peu à peu jusqu'à la clavicule.

Il est difficile de trouver des *symptômes de début*. C'est l'apparition d'une déformation cervicale qui révèle un processus déjà sans doute développé depuis longtemps. Chaque ganglion, pris isolément, se présente d'abord comme une tumeur arrondie, régulière et lisse, mobile sur les plans voisins, puis les différents ganglions malades forment un paquet, adhérent précocement au plan profond. L'ensemble de la masse est parfaitement indolent.

Les différents ganglions du même groupe ne présentent pas tous des lésions du même degré ni, par conséquent, la même consistance; quelques-uns sont encore durs, à côté d'autres qui tendent déjà à se ramollir. Chez de tels malades, l'état général est habituellement bon, on ne retrouve généralement aucun symptôme d'une autre localisation tuberculeuse.

L'évolution des adénopathies tuberculeuses n'est pas uniforme, la maladie peut cesser de progresser et res-

ter stationnaire. Mais ce n'est qu'un aspect clinique, car, à l'examen histologique, les pièces contiennent toujours des points abcédés. D'autres formes peuvent guérir par un processus de sclérose cicatricielle. Cette évolution favorable est cependant longue, et sera naturellement hâtée par le traitement médical.

Dans ce cas, subsistent presque indéfiniment de petits ganglions durs, formant parfois un véritable semis, et souvent nettement visible à la radio, du fait de leur calcification.

Néanmoins, cette évolution n'est pas la plus habituelle et, en règle générale, en l'absence de traitement, les ganglions tuberculeux finissent tôt ou tard par évoluer vers la fistulisation.

La peau sus-jacente rougit, en même temps que l'adhérence se fait plus intime. Le ramollissement est parfois masqué par une tension ganglionnaire, qui le rend difficile à mettre en évidence; le plus souvent cependant, une fluctuation nette est perceptible en un ou plusieurs points.

Laissée à elle-même, la peau s'ulcère et, par la fistule ainsi formée, s'écoule un pus verdâtre ou séreux et mal lié, contenant des grumeaux caséeux. Il ne faut jamais attendre cette ouverture spontanée, mais le traitement par l'huile de Chaulmoogra sera cependant encore actif à ce stade.

La fistule, une fois réalisée, n'a aucune tendance spontanée à la guérison : le ganglion caséeux met très longtemps à s'éliminer, et la palpation montre que des ganglions voisins, évoluant également vers la fonte, tendent à s'ouvrir à leur tour dans le premier foyer, ou à côté de lui.

Le trajet fistuleux, généralement assez court, irrégulier, présente des bords décollés, et souvent des trajets multiples, que révèlent l'exploration au stylet; la peau alentour a une teinte rouge violacé.

La rétention et l'écoulement se succèdent par périodes, les poussées évolutives demeurent séparées par de longs intervalles silencieux, qui peuvent simuler une guérison durable.

L'ensemble des adénopathies tuberculeuses, même ouvertes, reste habituellement indolent et ne détermine aucun trouble de compression. Cependant, cette tuberculose ouverte peut se compliquer d'infection secondaire et, dans ce cas, apparaissent de la douleur et de la fièvre. Il n'est pas exceptionnel non plus que la peau avoisinante devienne le siège de lésions tuberculeuses par inoculation.

Habituellement, au bout d'un temps plus ou moins long, la cicatrisation finit par se faire : la suppuration se tarit et la fistule se ferme, mais il subsiste une cicatrice déprimée, adhérente, rétractile, souvent chéloïdienne, très caractéristique et fort disgracieuse, surtout à la région cervicale.

Des complications peuvent enfin survenir par apparition ou révélation d'autres lésions tuberculeuses. Et si l'on a longtemps pensé que les tuberculeux ganglionnaires ne faisaient guère de tuberculose évolutive, ceci est loin d'être la règle absolue, surtout dans certaines races.

Si l'adénopathie cervicale est la plus fréquente, ce n'est pas la seule; chez l'enfant et l'adolescent, il n'est pas rare de voir des adénopathies tuberculeuses extrêmement étendues, intéressant à la fois les chaînes cervicales, sus-claviculaires et de la nuque.

A l'opposé, l'adénopathie peut exceptionnellement rester mono-ganglionnaire. Chez l'adulte, ce type est plus rare et ne s'observe guère que loin des grands centres, et principalement chez les races africaines. L'évolution ultérieure de cette forme n'étant pas sensiblement différente des formes non suppurées.

2° *Les formes hypertrophiques non suppurées, ou lymphomateuses*, de l'adénite tuberculeuse, sont moins

fréquentes que les précédentes et leur diagnostic exige souvent une biopsie ou une inoculation au cobaye.

Ce type d'adénopathie s'observe à un âge plus tardif que la forme précédente, chez des sujets vivants dans un milieu plus ou moins atteint de tuberculose évolutive. Chez le malade, on retrouve parfois des incidents pulmonaires. Tous les éléments d'une mauvaise hygiène générale se retrouvent ici; de même que, dans les antécédents immédiats, la notion d'un surmenage, d'un épisode de la vie génitale, ou d'une infection quelconque.

C'est encore au cou que ce type d'adénopathie tuberculeuse siège le plus souvent, mais la diffusion des lésions s'oppose à la localisation plus étroite des adénites tuberculeuses banales, et c'est plutôt à ce type qu'il faut rattacher la plupart des adénopathies de siège profond.

Le début est particulièrement insidieux, et rapidement plusieurs ganglions participent à l'hypertrophie. A côté de ganglions particulièrement développés, on retrouve une pléiade de ganglions plus petits. Les ganglions les plus développés s'accolent les uns aux autres, et finissent par constituer des masses volumineuses, occupant un seul ou les deux côtés du cou. Elles peuvent atteindre des dimensions considérables et en imposer, jusqu'à un certain point, pour des ganglions d'une maladie d'Hodgkin. La palpation montre que ces tumeurs bosselées sont formées d'une série de ganglions lisses, arrondis, de taille variable, mais tous de consistance égale et ferme, sans aucun point fluctuant.

Ils restent mobiles dans leur ensemble sur le plan profond, et n'adhèrent jamais à la peau. Ils évoluent rarement vers l'ulcération, restent indolents, et ne déterminent aucun trouble fonctionnel. Tout au plus peuvent-ils s'accompagner de douleurs modérées, si quelques filets nerveux viennent à être englobés.

L'état général reste toujours bon; la fièvre, si elle existe, reste toujours minime.

La nature tuberculeuse de ces adénopathies n'est pas toujours facile à prouver, cependant assez souvent on retrouve des antécédents ou des lésions, de nature tuberculeuse. La cuti et l'intra-dermo-réaction sont positives habituellement. Seule la biopsie avec examen histologique et inoculation au cobaye permet d'assurer le diagnostic.

EVOLUTION

Dans leur forme habituelle, ces adénopathies présentent des alternatives d'accroissement de volume et de régression. Ces poussées évolutives peuvent être fébriles et se reproduire pendant plusieurs années. L'affection peut également rester indéfiniment stationnaire; mais le traitement médical détermine le plus souvent l'évolution favorable.

D'autres masses ganglionnaires peuvent se prendre, et c'est chez de tels sujets en particulier que s'observent des adénopathies trachéo-bronchiques indiscutables.

VARIETES CLINIQUES

D'autres variétés cliniques peuvent se voir :

Une forme extensive peut être réalisée par l'atteinte successive des groupes ganglionnaires du cou, de la nuque, des aisselles et de l'aîne.

Une forme fébrile rappelle, par sa courbe thermique, la fièvre ondulante des brucelloses ou de certains types de lymphogranulomatose maligne.

Les tuberculoses ganglionnaires profondes, qu'il s'agisse d'adénopathie trachéo-bronchique ou d'adénite mésentérique, relèvent le plus souvent d'un type d'adénopathie hypertrophique pure, à tendance fibreuse, et n'évoluent que rarement vers la caséification.

Quel que soit le type d'adénopathie tuberculeuse, elle présente toujours une évolution spontanée et torpide, des récives faciles. Lorsqu'elle évolue vers la suppuration, celle-ci se prolonge longtemps avant de se tarir.

Si nous avons distingué schématiquement deux types, répondant aux deux tendances ulcéro-caséuses et fibreuses de la tuberculose, il ne faut pas perdre de vue que de nombreuses formes intermédiaires peuvent exister et réaliser une infinité de types cliniques. Quelle qu'ait été la forme de leur adénopathie, les sujets ayant été atteints d'une tuberculose ganglionnaire primitive sont, en quelque sorte, partiellement vaccinés par la suite; ils présentent souvent ultérieurement des localisations tuberculeuses viscérales ou autres, mais bénignes, à tendances cicatricielles.

DIAGNOSTIC

La variabilité d'aspect de la tuberculose ganglionnaire peut poser de nombreux diagnostics mais, dans sa forme la plus fréquente, avec tendances au ramollissement et à la fistulisation, le diagnostic est le plus souvent facile.

Le lymphosarcome, par exemple, forme une tumeur dure, adhérente partout, et l'ulcération a un fond végétant, saignant facilement.

La syphilis ganglionnaire est rare, mais il faudrait cependant y penser si l'aspect des fistules n'était pas tout à fait caractéristique de la tuberculose.

L'adénopathie cancéreuse surinfectée, si fréquente dans les cancers de la cavité buccale, se distingue de l'adénopathie tuberculeuse par sa grande dureté : il faut toujours y songer chez les gens âgés, et chercher la tumeur primitive qui, au niveau du pharynx, peut rester latente.

L'adénite tuberculeuse non suppurée ne sera pas confondue avec les adénites cervicales chirurgicales, consécutives à une infection dentaire, pharyngée ou buccale prolongée, qui sont le plus souvent mono-ganglionnaires, et qui ont été plus ou moins douloureuses et d'allure inflammatoire, au début tout au moins, de leur évolution.

Mais le diagnostic peut être extrêmement difficile, en certains cas, avec les adénites chroniques, non tuber-

culeuses, des enfants dits « lymphatiques », au tissu lymphoïde anormalement développé.

Quant au diagnostic des adénites tuberculeuses suppurées, il s'impose en général à première vue. Il est cependant des kystes dermoïdes du cou qui peuvent prêter à confusion.

Des abcès tuberculeux, d'origine osseuse, seront en général rapportés assez facilement à leur cause, par un examen complet.

En fait, deux affections ont une certaine ressemblance avec la polyadénopathie tuberculeuse suppurée : l'actinomyose du cou et les gommes ganglionnaires, dont la rareté ne saurait entrer en ligne de compte avec la fréquence de la tuberculose ganglionnaire.

Les adénopathies non suppurées hypertrophiques posent, par contre, le diagnostic, non seulement de la maladie de Hodgkin, mais encore celui de toutes les tumeurs primitives des ganglions, telles que le lymphosarcome.

TRAITEMENT

Le pronostic de la tuberculose ganglionnaire dépend largement d'une thérapeutique adéquate; mais d'une façon générale, il est relativement bon, étant donné qu'il s'agit d'une atteinte tuberculeuse.

C'est une forme longtemps locale, et qui peut guérir à toutes les périodes.

Mais la multiplicité des moyens mis en œuvre, jusqu'ici, pour le traitement de cette affection décevante par la longueur de son évolution, indique, par là même, l'inconstance des résultats que l'on pouvait obtenir.

Le traitement par l'huile de Chaulmoogra délactonisée et hydrogénée est venu cependant multiplier très sensiblement les évolutions définitivement favorables.

TRAITEMENT GENERAL

Nous ne nous étendrons pas sur le traitement général *hygiéno-diététique*, qui est de première importance, mais ne se différencie pas notablement de celui de toutes les tuberculoses externes.

Il comporte la mise au repos du malade, une alimentation substantielle et variée, la vie au grand air et au soleil, et plus particulièrement dans une atmosphère marine; mais d'excellents résultats sont quand même obtenus sans déplacer les malades de leur résidence habituelle.

Si l'on peut utiliser *l'héliothérapie*, longue et coûteuse, il ne faut pas oublier qu'elle a été accusée d'être la source de poussées évolutives.

Elle doit être directe, progressive et continue.

Elle peut être pratiquée en tous lieux, même en milieu urbain; cependant, la montagne, et surtout les stations marines, sont nettement préférables.

Si, à elle seule, elle ne peut être considérée comme un traitement de base, ce peut être un utile adjuvant au traitement par l'huile de Chaulmoogra, surtout si les adénites sont accompagnées de périadénite.

Parmi les *traitements médicamenteux*, on a longtemps utilisé :

L'iode et ses dérivés.

Les arsenicaux : liqueur de Fowler, arrhénal, cacodylate de soude.

Les sels de chaux, peu efficaces seuls, mais en association.

L'huile de foie de morue fut de tout temps le médicament de la « scrofule »; on lui préféra ensuite les produits à base de cholestérol irradié.

Toutes les méthodes vaccinothérapiques de la tuberculose ont pu donner un certain nombre de succès dans le traitement des adénites :

- antigène méthylique, à doses progressives;
- vaccin de Vaudremer;
- allergine de Jousset.

Quant à la tuberculinothérapie, elle était beaucoup moins maniable que les méthodes précédentes.

Après ces thérapeutiques d'une efficacité incertaine et variable, la *streptomycine*, premier antibiotique véritablement actif contre le bacille de Koch, semblait devoir augmenter le nombre des guérisons complètes; mais il est évident que son prix, la possibilité d'accidents toxiques au cours du traitement, et surtout le

risque d'une résistance à cet antibiotique, devaient le faire réserver, plutôt qu'à une affection chronique de pronostic relativement bon, à des lésions bacillaires évolutives mettant en jeu la vie du malade. D'autant plus que l'action de la streptomycine sur des lésions généralement caséifiées et peu vasculaires était loin d'être spectaculaire, conduisant même, plus fréquemment et plus rapidement, à l'apparition de souches résistantes à l'antibiotique.

Il semble, en effet, que le caséum possède la propriété d'inactiver partiellement la streptomycine, favorisant ainsi des mutations de souches.

Nous verrons cependant que, dans certaines formes d'adénites tuberculeuses, fébriles, ou même d'évolution rapide et grave, ou encore en cas de lésions pulmonaires évolutives coexistantes, le traitement par l'association de streptomycine à l'huile de Chaulmoogra peut rendre les plus grands services.

Quant aux résultats encourageants obtenus par l'utilisation de l'hydrazide de l'acide iso-nicotinique dans la tuberculose pulmonaire et les méningites tuberculeuses, ils ne permettent pas d'espérer supprimer la tuberculose grâce à cette seule thérapeutique; pas plus qu'ils ne permettent d'assister à une régression marquée des adénopathies de la tuberculose ganglionnaire.

TRAITEMENTS LOCAUX

Avant d'aborder l'étude du traitement de la tuberculose ganglionnaire par l'huile de Chaulmoogra, nous allons envisager les différents traitements locaux actuellement pratiqués.

Si les *agents physiothérapiques*, comme les ultraviolets, ont une action nette sur les formes avec péri-adénite, isolées ou pauci-ganglionnaires, parfois même

fistulisées, ils n'amènent le plus souvent qu'une amélioration plus ou moins durable, mais sont une excellente thérapeutique d'appoint.

De même le pansement actino-marin, par eau de mer chaude, soumise aux rayons d'une lampe à vapeur de mercure, qui crée une stimulation remarquable des lésions atones.

La roentgenthérapie cherche à créer de la sclérose pour cicatriser les lésions grâce à l'emploi de doses fractionnées et répétées. De nombreuses adénites ont pu être améliorées, et en particulier les formes non suppurées et les lymphomes.

Dans le cas de fistule, elle améliore la cicatrisation. Cependant, nombre d'auteurs leur contestent des guérisons durables, en faisant état de récides; et certains l'accusent même de libérer des bacilles de Koch, et de permettre leur dissémination.

Dans les formes abcédées, il est nécessaire de vider les abcès par *ponctions*, et l'on peut y ajouter l'emploi d'injections modificatrices, autrefois : éther iodoformé, huile iodoformée, huile créosotée; maintenant : acide para-amino-salicylique, sulfones, thiosemicarbazone.

Le *drainage filiforme* par séton amène, au prix d'une cicatrice minime, une évacuation généralement suffisante de l'abcès.

Quant à l'*extirpation ganglionnaire*, elle peut être utilisée en cas de lymphome tuberculeux. Dans les autres formes, elle pourrait convenir aux variétés aisément accessibles.

Elle n'est, en effet, pas sans dangers; elle n'est pas toujours aisée; elle peut être suivie de complications de suppuration post-opératoire, et entraîner des cicatrisations difficiles et inesthétiques.

Pour être utile, elle nécessite un véritable curage ganglionnaire du cou; d'où l'intérêt qui s'attache à un traitement médical le plus souvent efficace, ou qui,

dans le cas contraire, comptera comme une bonne préparation du malade à l'intervention.

Les résultats éloignés de l'extirpation ne sont d'ailleurs pas toujours excellents du fait de la continuation du processus. On associe enfin souvent avec profit l'acte chirurgical et l'emploi des rayons U.V.

*
**

Les remarquables propriétés curatives des *huiles de Chaulmoogra* étaient utilisées depuis des siècles par les peuples asiatiques contre certaines maladies de la peau, et particulièrement contre la lèpre; et c'est la similitude qui existe entre le bacille de Hansen et le bacille de Koch qui ne manqua pas de suggérer l'emploi de l'huile de Chaulmoogra dans diverses formes de tuberculose.

Ces huiles sont tirées des graines de plantes de la famille des Flacourtiacées, poussant dans les régions tropicales ou subtropicales de l'Indo-Malaisie, de l'Amérique du Sud, de l'Afrique occidentale : *Taraktogenos kurzii* de la Birmanie, *Hydnocarpus wightiana* de l'Inde, *Oncoba echinata* de la Côte d'Ivoire, *Caloncoba welhwetschii* du Gabon et du Congo, *Carpotroche brasiliensis* du Brésil..., la meilleure semblant être l'huile d'*Hydnocarpus wightiana*.

Mais le caractère très irritant, et la résorption difficile de l'huile naturelle de Chaulmoogra la rendant inutilisable sous cette forme, on a eu recours à l'emploi de ses acides gras, ou plutôt aux esters éthyliques de ces acides, ne renfermant cependant qu'une partie des principes actifs de l'huile naturelle. D'autres transformations chimiques ont permis d'éliminer les inconvénients de l'huile entière; et c'est par délaetionisation et hydrogénation que le Professeur CHAMBON a pu rendre cette huile résorbable et dépourvue de toxicité,

donc facilement utilisable contre les bacilles alcool-acido-résistants de la tuberculose et de la lèpre. Ce même auteur a pu renforcer l'action thérapeutique contre le bacille de Koch par l'adjonction de vitamine A, dont on connaît l'action favorable sur le terrain tuberculeux.

Signalons que l'huile est formée par les glycérides de deux acides gras, l'acide chaulmoogrique et l'acide hydnocarpique qui serait le produit d'action élective sur les germes acido-résistants, ayant un pouvoir d'attaque directe vis-à-vis de leur capsule cireuse.

L'emploi de l'huile de Chaulmoogra dans la tuberculose remonte à une trentaine d'années. Cette thérapeutique connut une certaine vogue, puis fut en partie abandonnée, alors que, dans la lèpre, elle était reconnue dans le monde entier comme le seul produit efficace. Les observations de WALKER et SWEENEY, en 1930, révélaient l'activité *in vitro* de l'huile de Chaulmoogra à forte dilution contre le bacille de Koch, dont elle arrête le développement.

SCHOBEL, en particulier, étudiant de ce point de vue quarante-deux espèces d'huiles végétales, a observé que l'huile de Chaulmoogra avait le pouvoir empêchant le plus prononcé, puisqu'elle inhibe la culture du bacille de Koch à la concentration de 0,01 pour 100. Ce pouvoir inhibiteur de l'huile de Chaulmoogra est électif à l'égard des bacilles acido-résistants, et avant tout du bacille de Koch; alors qu'elle est peu active, ou même complètement inactive, à l'égard des autres germes.

Plus récemment, SOLOMIDÈS, solubilisant l'huile de Chaulmoogra dans l'eau, constate son pouvoir bactériostatique élevé sur le bacille de Koch, cultivé en milieu de Sauton, à la dilution de 1/50.000^e.

In vivo, CULPEPPER utilisant les acides gras caractéristiques de l'huile de Chaulmoogra, observe sur le cobaye, inoculé de bacilles de Koch virulents, une action bactériostatique spécifique, qui protège le cobaye.

Plus récemment, NÈGRE et BRETEY, inoculant des cobayes par voie sous-cutanée, de bacilles de Koch humains virulents, constatent que l'huile de Chaulmoogra est la seule huile végétale qui paraisse avoir un pouvoir freinateur sur l'évolution des lésions tuberculeuses.

En clinique, l'efficacité de l'huile de Chaulmoogra délaçtonisée et hydrogénée, s'est manifestée avant tout dans deux domaines très largement explorés, la tuberculose pulmonaire chronique, la tuberculose rénale et uro-génitale, amenant une amélioration souvent spectaculaire, en association avec un antibiotique, streptomycine généralement.

Si, en effet, l'action de l'huile de Chaulmoogra est certaine contre le bacille de Koch, il semble que le bacille, attaqué au niveau de sa capsule, risque d'ensemencer l'organisme et d'y déverser une quantité importante de toxines. On conçoit donc que la streptomycine, intervenant à ce moment sur un microbe affaibli, puisse le détruire plus facilement qu'un bacille de Koch indemne.

Cependant, dans la tuberculose ganglionnaire, il semblerait que ce risque de dissémination soit moins à craindre, et nous avons pu traiter quelques cas par l'huile de Chaulmoogra seule; ce traitement entraînant une amélioration rapide, et une guérison se maintenant après quelques mois.

Il faut souligner, en cas d'association huile de Chaulmoogra et streptomycine, un retardement fréquent ou même une disparition d'une éventuelle streptomycino-résistance; cette association permettant encore, fréquemment, la reprise favorable de la streptomycine, devenue inefficace au cours du traitement d'une tuberculose viscérale.

Si donc une association huile de Chaulmoogra-antibiotique peut paraître nécessaire pour le traitement

de certaines tuberculoses ganglionnaires, le mordantage par l'huile de Chaulmoogra devra presque toujours précéder l'action de l'antibiotique, streptomycine en particulier.

Dans le Sud-Marocain, où la tuberculose ganglionnaire se montre assez fréquente chez l'indigène, nous avons pu traiter et suivre, pendant cinq mois, cinq cas assez démonstratifs de l'effet favorable de l'huile de Chaulmoogra, délaconisée, hydrogénée et vitaminée A.

OBSERVATION I

A... bent Mohamed, trente-cinq ans environ.

Entre à l'hôpital pour une adénopathie cervicale chronique, bilatérale, mais surtout importante à droite. Cette affection s'accroît par poussées depuis plusieurs mois et, quand nous voyons la malade, il existe une masse ganglionnaire bien limitée, parfaitement indolente, commençant à adhérer aux plans profonds, et présentant par places une fluctuation nette.

L'état général est relativement bon; il existe cependant une certaine asthénie, avec anorexie; pas de fièvre, la vitesse de sédimentation est normale. La cuti-réaction est positive. Une radio pulmonaire montre une image normale. Il n'y a aucune autre localisation de cette affection typiquement bacillaire.

On entreprend aussitôt un traitement par l'huile de Chaulmoogra, par voie intra-musculaire, associé au calcium intra-veineux : au cours de la première semaine, la malade reçoit trois injections de 5 cm³, régulièrement espacées.

Pendant la deuxième semaine, une injection quotidienne de 5 cm³ amène une amélioration rapide, portant sur l'état général et l'état local; il y a une diminution très nette de l'adénopathie.

Au cours de la troisième semaine, on fait une injection quotidienne de 10 cm³. A ce stade, la guérison semble assurée;

on pratique encore cependant trois injections de 10 cm³ au cours de la quatrième semaine, et la malade rentre chez elle après avoir reçu, en tout, 150 cm³ d'huile de Chaulmoogra.

Elle est revue au bout de quatre mois en parfaite santé.

OBSERVATION II

F... bent Lahcen.

C'est une jeune fille d'une vingtaine d'années, qui est hospitalisée pour une masse ganglionnaire cervicale, volumineuse, de la taille d'un pamplemousse, bien localisée à gauche. Cette masse est ferme, sans point fluctuant, mobile, indolente, n'entraîne pas de troubles de compression; elle est isolée, l'image pulmonaire est normale; la température oscille autour de 38°, mais l'état général est bon. La cuti-réaction est positive. Une inoculation au cobaye positive permettra de poser le diagnostic de lymphome tuberculeux.

De toute façon, le traitement chaulmoogrique est entrepris à l'entrée, devant la forte présomption d'une origine tuberculeuse, servant même, pour ainsi dire, de traitement d'épreuve.

Une injection quotidienne de 5 cm³ pendant la première semaine amène un rapide retour de la courbe thermique à la normale.

Au cours de la deuxième et de la troisième semaine, la malade reçoit 10 cm³ par jour; la masse ganglionnaire diminue progressivement, pour disparaître à la cinquième semaine de traitement, les injections de 10 cm³ ayant été ramenées à trois par semaine.

OBSERVATION III

F... bent Hamed.

Celle-ci, âgée d'une quarantaine d'années, arrive avec une volumineuse adénopathie cervicale gauche, fistulisée en plusieurs points; la tuberculose ne fait pas de doute. La malade est sub-

fébrile, amaigrie, anorexique. La radio montre une importante masse médiastinale à contours polycycliques, pas de lésions pulmonaires. Il n'y a pas d'autres localisations ganglionnaires ou viscérales.

On commence par une injection quotidienne de 5 cm³ d'huile de Chaulmoogra; la température s'étant élevée à 38°3 à la deuxième injection et se maintenant à la troisième, on termine la première semaine de traitement par des injections quotidiennes de 2 cm³; au sixième jour, la courbe thermique redescend.

Pendant ce temps, l'écoulement par les fistules est devenu brusquement assez abondant.

Au cours de la deuxième semaine, avec 5 cm³ par jour, la température revient progressivement à la normale, pendant que l'écoulement diminue, puis se tarit. L'augmentation de poids est manifeste. Le traitement durera encore trois semaines avec 10 cm³ par jour, puis tous les deux jours.

Et la malade repart avec une diminution considérable de ses adénopathies cervicales et médiastinales; ses fistules sont cicatrisées.

Revue trois mois après, il n'y a pas eu de récurrence; l'adénite a continué sa régression.

OBSERVATION IV

M... ben Hamoued.

Il s'agit là d'une adénopathie inguinale droite chronique, fistulisée, d'allure froide, sans lésions ostéo-articulaires ou viscérales décelables, sans fièvre. L'inoculation au cobaye est positive. L'état général est assez altéré.

Au bout de trois semaines de traitement, qui n'amène pas d'amélioration nette localement, mais une augmentation de l'écoulement, on associe au Chaulmoogra la streptomycine suivant le schéma :

1 ^{er} jour	:	streptomycine	:	1 g
2 ^e	«	:	chaulmoogra	: 5 cm ³
3 ^e	«	:	«	: 5 cm ³
4 ^e	«	:	streptomycine	: 1 g
5 ^e	«	:	chaulmoogra	: 5 cm ³
6 ^e	«	:	«	: 5 cm ³
7 ^e	«	:	streptomycine	: 1 g

et pendant deux autres semaines, on continue le même traitement, qui finit par entraîner la guérison.

OBSERVATION V

M... bent Brahim.

Cette malade, âgée d'une trentaine d'années, présente lors de son hospitalisation une adénopathie inguinale droite très nette, mais aussi une tumeur blanche du genou évoluant depuis plusieurs mois, avec une importante hydarthrose, des signes radiologiques caractéristiques, une atteinte assez importante de l'état général.

Un traitement associant, sous plâtre, Chaulmoogra, streptomycine et quelques ponctions, est entrepris suivant le schéma précédent en portant, à la quatrième semaine, les injections de Chaulmoogra à 10 cm³.

L'amélioration de l'état général est alors frappante, l'adénopathie a régressé sensiblement, ainsi que l'hydarthrose; mais les lésions ostéo-articulaires ne sont guère améliorées, ce qui n'étonne pas.

Mais à la huitième semaine de traitement, alors que les lésions semblent fixées, la malade, se jugeant guérie, exige l'ablation du plâtre, et sa sortie.

INTERPRETATION DU MODE D'ACTION

Il semble que, pour interpréter l'action efficace de l'huile de Chaulmoogra sur le bacille tuberculeux, on doive considérer une double action : sur le germe et sur le terrain

I. — ACTION DE L'HUILE DE CHAULMOOGRA SUR LE BACILLE DE KOCH

1° On est obligé d'évoquer une certaine spécificité de l'huile de Chaulmoogra, puisque :

— l'action bactériostatique sur les bacilles acido-résistants en culture est très nette, alors qu'elle est très faible ou nulle sur les autres bactéries;

— elle freine l'évolution de la tuberculose expérimentale, alors que les autres huiles l'activent.

2° L'huile de Chaulmoogra, particulièrement lorsqu'elle est délactonisée et hydrogénée, est remarquablement résorbée lorsqu'elle est injectée par voie intramusculaire, ou même sous-cutanée. Cette résorption est le fait des leucocytes, qui répartissent le lipide dans le sang et dans tout l'organisme, et qui, par diapédèse et chimiotactisme, apportent les lipides chaulmoogriques vers les nodules tuberculeux.

LEVADITI et VAISMANN ont en effet constaté l'accroissement des éléments granulo-adipiques des cellules lipophores, au sein des lésions tuberculeuses. On a de

même mis en évidence la grande richesse en graisses des cellules géantes du follicule tuberculeux.

Chez le tuberculeux non traité, ces graisses accumulées dans la zone extérieure du follicule, ainsi que celles qui apparaissent au centre du follicule au cours de la caséification, sont des graisses plasmatiques, qui proviennent uniquement des cellules désintégrées par la caséification.

3° Cependant, en fait, les graisses sont plus rares dans les parties caséifiées, et plus abondantes à la périphérie du tubercule. On en conclut que cette différence provient de ce que les graisses d'origine cellulaire sont utilisées par le bacille de Koch au fur et à mesure du développement du tubercule.

Normalement, le bacille de Koch consomme les graisses, glycérides et acides gras, qu'il métabolise. Expérimentalement, on a d'ailleurs vu que l'huile d'olive favorise le développement des lésions tuberculeuses, et la multiplication des bacilles de Koch.

Mais lorsque les leucocytes et cellules lipophores apportent dans le follicule les lipides non physiologiques de l'huile de Chaulmoogra, dont le métabolisme est ralenti et incomplet, ces acides gras persisteront dans le follicule.

Il en résultera une carence énergétique pour le bacille de Koch; et d'autre part, la persistance de ces grosses molécules lipidiques conduira à une concurrence physico-chimique, pour l'union entre les cénapses du bacille, entre les acides gras normaux et ces acides de l'huile de Chaulmoogra. La dénutrition du bacille qui s'ensuivra va donc le fragiliser.

On sait également que la virulence du bacille de Koch n'apparaît qu'avec l'acido-résistance complète. La dénutrition lipidique venant perturber la constitution des cénapses caractéristiques de l'acido-résistance,

il en résulte une virulence atténuée du germe, qui a pour corollaire une moindre défense opposée à la phagocytose.

4° L'apport de lipides au follicule tuberculeux par les cellules lipophores conduit à la libération d'acides gras au contact du bacille. Il est vraisemblable que ceux-ci, par affinités physico-chimiques, contractent des liaisons, ou peut-être dissolvent dans les cires du bacille leurs longues chaînes aliphatiques, laissant dans le milieu ambiant leurs fonctions acides, hydrophiles.

Ces fonctions sont aptes à fixer électivement les antibiotiques aminés basiques, tels que streptomycine, para-amino-salicylate de soude, ainsi que les anticorps protéiques fabriqués par l'organisme, accroissant, par conséquent, leurs chances d'action.

Ce « mordantage » sera d'autant plus efficace que l'acide gras sera plus lourd, et c'est le cas des acides chaulmoogriques, particulièrement lorsqu'ils sont hydrogénés.

II. — ACTION DE L'HUILE DE CHAULMOOGRA SUR LE TERRAIN

1° En examinant histologiquement des cobayes tuberculeux traités par des préparations chaulmoogriques, on a pu constater la manifestation d'une excitation du système réticulo-endothélial. Elle se traduit par une hypertrophie très prononcée de la rate, par une hyperplasie réticulaire très marquée avec présence de collagène, par un épaissement et une infiltration de la trame pulmonaire, et par une tendance, qu'ont les ganglions lymphatiques, à la sclérose, plus prononcée que chez les témoins.

Chez le malade en traitement, on constate une élévation régulière dans le sang du rapport lymphocytes-monocytes, signe de défense de l'organisme, auquel on

attribue un rôle important dans la lutte contre l'infection bacillaire.

2° L'hyperleucocytose provoquée par l'huile de Chaulmoogra accroîtrait le pouvoir bactéricide de l'organisme vis-à-vis du bacille de Koch, d'autant que ces bacilles carencés et moins résistants seront plus facilement phagocytés.

3° Enfin la mise en liberté des antigènes, consécutive à la destruction de la capsule cireuse des bacilles, produit une immunité active de l'organisme contre l'infection.

CONCLUSION

De l'ensemble de ces constatations, on peut tirer un certain nombre de conclusions :

Le traitement par l'huile de Chaulmoogra, seule, ou en association avec la streptomycine, devra être entrepris de façon précoce, alors que les follicules tuberculeux sont plus facilement accessibles aux cellules lipophores.

Il devra être suffisamment intense et prolongé pour constituer autour des follicules des réserves d'acides hydro-chaulmoogriques.

Stimulant les défenses propres de l'organisme, entraînant une constante amélioration de l'état général et une très fréquente cicatrisation des lésions de la tuberculose ganglionnaire, l'huile de Chaulmoogra, en cures ambulatoires ou hospitalières, conduit à de meilleurs résultats, plus rapidement et plus constamment, que les autres thérapeutiques médicales utilisées jusqu'ici.

Si, enfin, un curage ganglionnaire doit tout de même être envisagé, le traitement préalable par l'huile de Chaulmoogra donnera une grande sécurité à l'intervention, par son activité directe sur le bacille de Koch, et un véritable mordantage, sensibilisant le bacille à l'action des antibiotiques anti-tuberculeux éventuellement utilisés.

Ces propriétés de l'huile de Chaulmoogra entière, détoxiquée et résorbable, apportent donc un précieux atout au traitement de la tuberculose ganglionnaire, affection jusqu'ici décevante par la longueur de son évolution et l'inconstance des résultats thérapeutiques que l'on pouvait obtenir.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
MONOD

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

IMPRIMERIE
R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS (XIV^e)
